

IMEG  MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

## Fortbildungs-Workshop

### Ethische Entscheidungen


[www.medethik.at](http://www.medethik.at)  
[michael.peintinger@meduniwien.ac.at](mailto:michael.peintinger@meduniwien.ac.at)

Univ. Lektor Dr. Michael Peintinger  
 Institut f. Medizinethik & Ethik im Gesundheitswesen

### Ethische Entscheidungen

#### Vier zentrale Fragen des medizinischen Handelns

- Können
- Dürfen
- Müssen
- Sollen



Σ ≙ Paradigmenwechsel im 21. Jhd

IMEG 2

### Ethische Entscheidungen

#### „4 Mittlere Medizinethische Prinzipien“ (Beauchamp/Childress)

- Selbstbestimmung des Patienten - Autonomie
- Prinzip der Schadensvermeidung
- Fürsorgepflicht
- Gerechtigkeit

⇒ können von allen religiösen und weltanschaulichen Positionen autorisiert werden (z.B. auch im Buddhismus!)


⇒ **Konsens - unabhängig von Überzeugung - möglich!**

Ergänzt durch Prinzipien 2. Ordnung (Schweigepflicht, Wahrhaftigkeit, Vertrauenswürdigkeit) + Tugenden, Leitbilder...

IMEG 3

### Ethische Entscheidungen

#### Grundlage des therapeutischen Handelns



IMEG 4

### Ethische Entscheidungen

#### Unmittelbares Therapieziel

Jenseits der Brücke anzulangen

**Lebensqualität des konkreten Therapieschrittes**

„Überbrückung einer akut lebensbedrohlichen Situation“  
 „Informationsaustausch eines „kollabierenden Organsystems“ (SAMW)“

IMEG 5

### Ethische Entscheidungen

#### Mittelbare Therapieziele

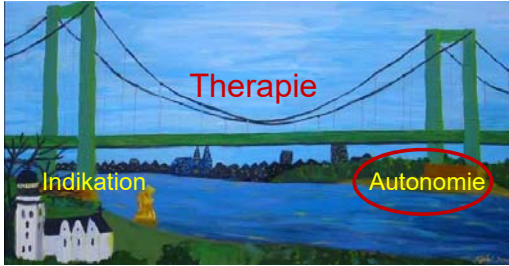
**Lebensqualität NACH Therapie(schritt)**

„Geplante Aufnahme an eine Intensivstation an Vorhandensein potenziell positiver Prognose für Weiterleben gebunden“  
 (Konsensuspapier Intensivmed. Gesellschaften Österreichs)

IMEG 6

## Ethische Entscheidungen

### Grundlage des therapeutischen Handelns



IMEG

7

## Ethische Entscheidungen

### Autonomie Schutzrecht! (vgl. §110 StGB)

„Recht und Vermögen des Menschen, selbstständig zu entscheiden, was mit ihm geschehen soll“

- erwächst aus den eigenen Wertvorstellungen/Glauben
- basiert auf adäquater Information und Verstehen
- ist frei von äußerer und innerer Nötigung.

⇒ Zur Ausübung: Fürsorge notwendig

(Kommunikation, Wertwahrnehmung, Position...)

⇒ Abhängig vom sozio-kulturellen Umfeld (An „Indiv. ausgerichtete“ Länder ⚡ : Länder mit vorrangig „kollektiven, (religiös/ politisch begründeten) Normen vor Wert individueller Freiheiten“ ⚡)

⇒ „Die Autonomie kann sich auf dem Boden von Verdrängung nicht entwickeln, geschweige denn auf dem Boden von Verneinung oder Lüge.“ (J.F. Malherbe)

IMEG

8

## Ethische Entscheidungen

### Änderung des Gesundheitsbegriffs „Bedingte Gesundheit“

„Gesundheit ist die Fähigkeit eines Individuums, ungeachtet bestehender Beschränkungen und Belastungen relativ autonom zu leben“

(J.Siegrist)

mit jedem therapeutischen Geschehnis, das zur Zunahme der Autonomie führt, wird ein konkreter Beitrag zur Gesundheit geleistet!  
...und damit auch mit jedem kommunikativem Akt!



Johannes Siegrist, \* 6. 8. 1943 in Zofingen)  
Schweizer Medizinsociologe

IMEG

9

## Autonomie

### Alain Oliveira Brasilien

Goldmedaille

Paralympics 2012

200m-Lauf

7 Hundertstel vor  
Oscar Pistorius



IMEG

10

## Ethische Entscheidungen

Differenzierte  
Sichtweise  
der  
Lebensqualität



IMEG

11

## Ethische Entscheidungen



Bedürfnispyramide nach A. Maslow



Abraham H. Maslow  
\* 1.4. 1908  
† 8. Juni 1970

IMEG

12

Ethische Entscheidungen

### Vier Dimensionen

- **Physisch:** Körperliche Funktionen, Arbeitsfähigkeit; „Körperwahrnehmung.“
- **Psychische Verfassung:** z.B. glücklich, zufrieden
- **soziale Dimension:** Beziehungen, Beruflich
- **spirituelle Dimension:** Sinnfrage, Transzendenz (Urfassung: Karnofsky)

zusätzlich: Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, „Glück“



David A. Karnofsky  
Amerikan. Onkologe  
\* 28.3.1914  
† 31.8.1969

IMEG 13

Ethische Entscheidungen

### Vier Dimensionen

- **Physisch:** Körperliche Funktionen, Arbeitsfähigkeit; „Körperwahrnehmung.“
- **Psychische Verfassung:** z.B. glücklich, zufrieden
- **soziale Dimension:** Beziehungen, Beruflich
- **spirituelle Dimension:** Sinnfrage, Transzendenz (Urfassung: Karnofsky)

zusätzlich: Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, „Glück“



David A. Karnofsky  
Amerikan. Onkologe  
\* 28.3.1914  
† 31.8.1969

IMEG 14

**Die Einschätzung der Lebensqualität ist ein Akt der Selbstbestimmung = Kehrseite der „bedingten Gesundheit“!**

Ethische Entscheidungen




Dr. Viktor Emil Frankl (1905-1997)  
Neurologe und Psychiater

„Grundbedürfnis nach Sinn“ in krisenhaften Situationen

IMEG 15

Ethische Entscheidungen

### Spiritualität als Sinnfrage gedeutet

- Wertanamnese
- Subjektive Erklärungsversuche
- Sinnfrage der Indikation
- Sinnfrage der Therapie
- Lebensqualität unter und nach Therapie

⇒  $\Sigma$  Bedingte Gesundheit!

□ Beispiel Spiritualität in der letzten Lebensphase

IMEG 16

Ethische Entscheidungen

### Spiritualität als Sinnfrage gedeutet

- **Wertanamnese**
  - Mehrfache Wertungen
  - Biografische Aspekte
- **Individuelle Deutungsversuche**
  - Vertikal
  - Horizontal
- **Krankheitskonzepte (kulturell!)**
  - „Kohärenz“-Fähigkeit (U.Kropiunigg)  
Indiv. Sinngebung – selbst wenn falsch – vorübergehend empathisch akzeptieren und einbeziehen, da für Beziehung wichtig.



Hans Georg Gadamer  
11. Februar 1900 † 13. März 2002  
Die Verborgenheit der Gesundheit


IMEG 17

Ethische Entscheidungen

### Vier Dimensionen

- **Physisch:** Körperliche Funktionen, Arbeitsfähigkeit; „Körperwahrnehmung.“
- **Psychische Verfassung:** z.B. glücklich, zufrieden
- **soziale Dimension:** Beziehungen, Beruflich
- **spirituelle Dimension:** Sinnfrage, Transzendenz (Urfassung: Karnofsky)

zusätzlich: Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, „Glück“



David A. Karnofsky  
Amerikan. Onkologe  
\* 28.3.1914  
† 31.8.1969

IMEG 18

## Σ Sinnfrage „Bedingte Gesundheit“

### „Bedingte Gesundheit“

„Gesundheit ist die Fähigkeit eines Individuums, ungeachtet bestehender Beschränkungen und Belastungen **relativ autonom** zu leben“

Sinnfrage unbeantwortet / negativ:  
Kreative Kraft fehlt, SB-Räume auszunützen!  
⇓⇓⇓⇓

Σ Spiritualität = tragendes Element der „Bedingten Gesundheit“!  
⇓⇓⇓⇓

- „Warum bin ich krank geworden?“
- „Wozu bin ich krank geworden?“!



Johannes Siegrist  
\* 6. 8. 1943  
Medizinsoziologe

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Therapieziel-Änderung

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Patient & Gesellschaft:

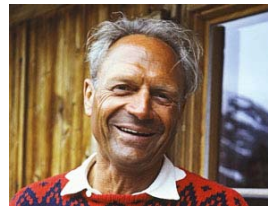
„Wie soll man mit der Tatsache Sterben zu müssen seinen Frieden schließen, wenn man immer mehr zeigt, wie der **Tod hinausögerbar** ist?“ [Linke]

„Wir regeln den Eintritt in das Leben, es wird Zeit, dass wir auch den Austritt **regeln**.“ [Max Frisch]

- Einfluss von veröffentlichten Meinungen („Hilfos an Schläuchen“ ⇒ „anonyme Apparatedizin“ „Plaudern nach Reanimation“ ⇒ Überzogene Erwartungshaltung ⇒ „Typische Intensivsituation als Zumutung“)
- „Würdevoll“: 1. Herr des Prozesses  
2. Leben als Partizipation: Sozial eingebunden

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Intensivmedizin als Vorreiter



Bruno Haid, 1915-1997  
1. Lehrstuhlinhaber f. Anästhesie in Europa, Innsbruck, 1959

Bruno Haid  
3 Fragen an Pius XII bzgl. Reanimation und Therapiebegrenzung

**24.11.1957**  
« Le Dr Bruno Haid chef de la section d'anesthésie à la clinique chirurgicale universitaire d'Innsbruck, Nous a soumis trois questions de morale médicale au sujet de ce qu'on appelle « l'a réanimation... » AAS 1957

## Therapieziel-Therapiezieländerung

Abbildung 1

... Ist die Ansetzung bestimmter Mittel **schon für die Sterbehilfe, oder für den Tod im Todesstadium**? ... Kann man von ihrem Gebrauch machen, selbst wenn die Absichtung des Schmerzes wahrscheinlich mit einer Mikrozision des Lebens verbunden ist?

... Wenn kein anderer Mittel vorhanden sind und wenn es in den **gewöhnlichen Umständen der Erfüllung anderer wichtiger und ethischer Pflichten nicht besteht**?

... Hat die Ansetzung des Bechels oder sogar die **Verpflichtung, in allen Fällen dieser Bewusstlosigkeit, nach in sich selbst, die nach dem Urteil eines sachverständigen Arztes bedauerlich sind, eine** neuzeitlichen Geräten für künstliche Atmung, selbst durch den Willen der Familie - Lebensart zu erhalten?

... **Für die gewöhnlichen Fälle** wird man zugeben, dass der Anesthetist das Recht hat, so zu handeln, dass er **aber nicht diese verschaffen soll**?

... Kann der Arzt die Ansetzung empfangen, bevor der Komatöse vollständig zum Stillstand kommt? ... Ob er das wenigstens dann, wenn der Komatöse bereits der Heilige Ölung eingeleitet hat?

... Wie soll es sein darüber, ist der **erst** **mit dieser Frage zu befragen** **Wann** der Heilige Ölung nach nicht gegeben der wurde, wenn man die Anesthetist nach zu verlängern, die es gegeben ist.

Annahmen von Pius XII. auf Fragen des Innsbrucker Anästhesisten Bruno Haid (2).

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Indikationen und Therapieziele

- Sinnlose Handlung
- Sinnvolle Handlung aber „schlechte Prognose“
- Sinnvolle Handlung aber Verbot des Patienten

- ↳ Aufnahme/Ablehnung (zB Intensivstation)
- ↳ „Futility“ –Problematik & „Therapeutischer Nihilismus“
- ↳ Lebensqualität (längeres vs. besseres Leben?)
- ↳ Therapiezieländerungen /-begrenzungsentscheidungen
  - ↳ (Passive) Sterbehilfe-Problematik...
  - ↳ DNR /DNE –Order...
  - ↳ Ort der weiteren Versorgung...



## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Indikationen und Therapieziele

- Sinnlose Handlung
- Sinnvolle Handlung aber „schlechte Prognose“

- Sinnfragliche Handlung** aber „Wunsch des Pat. nach Maximaltherapie“

- Sinnvolle Handlung aber **Verbot des Patienten**

„1/3 der Patienten mit infauster Prognose wollen Lebenszeit durch Maximaltherapie gewinnen“

„Im Gegensatz zu Pat. mit palliativen Therapiezielen werden Pat., die eine Maximaltherapie wünschen, in Entscheidungen häufig nicht eingebunden“ (Winkler, EIM:22:89-102)

## Futility

- Nutzlosigkeit
- Sinnlosigkeit
- Vergeblichkeit

Begriff unscharf!

Oft auf Kosten-Nutzen-Rechnung reduziert



Das Fass der Danaiden (Ovid, Met. IV, 462-46)  
Gemälde von John William Waterhouse, 1904

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Futility-Begriff und Therapieziele

Sinnlose Handlung / sinnvoll aber Prognose ↓↓

Unterschiedliche Einschätzungen der Intensivmed. Gesellschaften

- **EK der Gesellschaft für Critical-Care-Medizin:** Maßnahmen nur sinnlos, wenn tatsächlich keinen Effekt (z.B. Reanimation bei rupturiertem Myocard)
- **15 intensivmed. Gesellschaften in 12 Ländern der EU:** wenn klinische Situation hoffnungslos ⇒ Behandlung sinnlos
- **American Thoracic Society:** „sinnlos“ wenn Behandlung zu keinem akzeptablen („meaningful“) Überleben führt (Lebensqualitätseinschätzung)

- Gemeinsam: „sinnlose“ Situationen ↑; „primär infaust“: selten!**

## Therapieziel-Therapiezieländerung

Statt Futility

„potentiell unangemessen“

### AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

**An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units**

Gabriel T. Bosslet, Thaddeus M. Pope, Gordon D. Rubenfeld, Bernard Lo, Robert D. Truog, Cynda H. Rushton, J. Randall Curtis, Dee W. Ford, Molly Osborne, Cheryl Misak, David H. Au, Elie Azoulay, Baruch Brody, Brenda G. Filly, Jesse B. Hall, Josef Kesecioglu, Alexander A. Kon, Kathleen D. Lindell, and Douglas B. White, on behalf of The American Thoracic Society ad hoc Committee on Futility and Potentially Inappropriate Treatment

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Problemfelder

- „Indikations-Bewertung“ aus unterschiedlichen Fach-Blickwinkel
- Unterschiedliche Einschätzung bzgl. (mittelbarer) TherapZ.
- „Therapeutischer Nihilismus“ (mitunter getarnt als mutmaßlicher Wille des Patienten!)
- „Können“ als „normative Kraft des Faktischen“
- Unkenntnis der Rechtslage** (Umgang mit PV, Sterbehilfethematik, Stellvertreterbefugnis)
- Defensivmedizinische Haltung**
- „Medizinfremde“ Einflüsse auf Indikationen (IDOC-Studie)

„In der Praxis wird immer der Wille zur Behandlungsbegrenzung in Zweifel gezogen, nicht aber der Behandlungs-Wille“ (Napiwoitzky, 2007)

## Therapieziel-Therapiezieländerung

### Problemfeld

### Unkenntnis der Rechtslage

**Tabelle 1. Fälsche Zuordnung zu „aktiver Sterbehilfe“.**

Handlung	Ärzte [20] n = 727	Richter [21] n = 479	Studenten [22] n = 85
Verzicht auf künstliche Beatmung	10,5	7,8	12,9
Beendigung einer künstlichen Beatmung	39,8	34,5	44,7
Verzicht auf Flüssigkeitszufuhr über Sonde	11,2	8,8	–
Beendigung der Flüssigkeitszufuhr über Sonde	24,8	34,0	45,9
Verzicht auf Nahrungszufuhr über Sonde	8,0	8,4	–
Beendigung der Nahrungszufuhr über Sonde	19,8	31,9	40,0

Anmerkung: Die Prozentzahlen geben die Zuordnungen der jeweiligen Handlung zum Begriff „aktive Sterbehilfe“ durch die Befragten wieder.

Wallner, W: Klin Wochenschr 2008;120:647(648).

## „Heilsame Therapiezieländerung“

Text § 49a(1) ÄG:

„Die Ärztin /Der Arzt hat Sterbenden, die von ihr/ihm in Behandlung genommen wurden, unter Wahrung ihrer Würde beizustehen.“

(2) Im Sinne des Abs (1) ist es bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen bewirken können.“



## Therapieziel-Therapiezieländerung

Grundlage des therapieziel



## Interkulturelle Aspekte

### Interkulturelle Aspekte

## Interkulturelle Aspekte - SCHMERZ

### Kultureller Hintergrund

⇒ Einfluss auf Erleben/Ausdruck/Bewältigung von Schmerz

Schmerzerlebnis: unterschiedliche Dimensionen!

- Kulturell geprägte Metaphern beeinflussen Aufmerksamkeit
- ⇒ Sensorische Verarbeitung wird modifiziert

- Kenntnis eigener/andere Schmerzmodelle für Kommunikation und Bewältigung wichtig

- Muttersprachliche Schmerzbeschreibung: entweder „emotionale“ Termini (zB. „wahnsinnig, unerträglich“) oder „sensorische“ Termini (Lokalisation, Intensität, Qualität)

⇒ Cave: Einteilung in „echten“ (nozizeptiven) und „unechten“/„eingebildeten“ (emotionalen) Schmerz!

NB: Sprachbarriere: „Schmerz“ steht für vieles!

## Interkulturelle Aspekte - SCHMERZ

### Bewältigung

- Religiöse Schmerzbewältigung
  - Leitüberzeugung: „Nur Gott hilft bei der Lebens- und Schmerzbewältigung wirklich.“  
Motto des Schmerzverhaltens: „Schmerz muss ertragen erduldet werden, weil Zeichen/ Botschaft Gottes erkannt werden kann.“
  - Kontrollüberzeugung zur Schmerzbewältigung: Schmerzen = besonderen Sinn: Nachdenken über Leben
- Willentliche Schmerzbewältigung
  - Leitüberzeugung: Schmerz willentlich nicht zulassen und ggfls. unterdrücken. Rückzug in Einsamkeit, Ertragen
  - Kontrollüberzeugung: „Ich alleine werde mit meinem Willen den Schmerz bewältigen.“ ⇒ „unfein“, Schmerzen zu äußern.

## Interkulturelle Aspekte - SCHMERZ

### Bewältigung

- Familiäre Schmerzbewältigung
  - Leitüberzeugung: „Familie hilft bei Lebens-/Schmerzbewältigung durch Unterstützung/soziale Zuwendung.“
  - Kontrollüberzeugung: „Hilfe nur für den, der Hilfsbedürftigkeit deutlich äußert.“  
Soziale Zuwendung = zentraler Faktor in der Schmerzbewältigung (insb. Mittelmeerraum, bei christl. u. moslem. Gruppen)
- Rationale Schmerzbewältigung
  - Leitüberzeugung: Präzise Beobachtung/ Beschreibung ermöglichen ärztliche Lokalisation, Diagnose und ursächliche Therapie.
  - Kontrollüberzeugung: Überzeugung, dass Schmerzen technisch bewältigt werden können. Objektive Beobachtung ohne emotionale Beteiligung ⇒ biomedizinisches Setting optimal geeignet

⇒ Unterschiede verschwinden bei existentiell bedrohlichen Krisen!

## Interkulturelle Aspekte – SCHMERZ-Medikation

### kulturelle/individuelle Interpretation

**Interpretationsmuster:** Schmerz evtl. geringeres Übel als Folgen der Schmerzbehandlung (Bewusstseinsstrübung, Verkürzte Lebenszeit)

**Christentum:** „indirekte Wirkung“ der Lebensverkürzung

**Islam:** ähnlich buddh. Sicht: Schmerzbehandlung, nur wenn Lebenszeit nicht verkürzt/Tötungsabsicht!

**Judentum:** Schmerzbehandlung meist kein Verstoß gegen relig. Gesetz  
Starke Schmerzmittel nie mit Absicht der Lebensverkürzung! (Hoher Wert jeder einzelnen Sekunde des Lebens)

**Buddhismus:** Psych.-spirit. Dimension vs. körperliches Schmerzempfinden  
⇒ Wahrnehmungsfähigkeit wg. Vorbereitung auf Tod wichtig  
(⇒ Schmerz/Schmerzleichterung abgelehnt)  
Lebensverkürzende Wirkung starker Schmerzmittel nur ohne ärztliche Tötungsabsicht (negative karmische Konsequenzen für den Arzt!)

**Hinduismus:** evtl. „klares Bewusstsein“ sehr wichtig!

## Interkulturelle Aspekte - STERBEN

### Sterben/Sterbekulturen

- Sterbekulturen stark in religiösen Weltanschauungen verankert
- Starke Unterschiede innerhalb kultureller Gruppen (z. B. Muslime aus Saudi-Arabien vs. jene indonesischer Herkunft; japanische vs. thailändische Buddhisten!)
- **Maßstab für palliative Betreuung = individueller Mensch!**

#### „Gutes Sterben“

= Nicht für alle Menschen das selbe Sterben

⇒ Korrektiv für Belastungen, die aus normativen Vorstellungen vom „idealen Tod“ resultieren!

## Interkulturelle Aspekte - STERBEN

### Sterbekulturen

- **Christentum:** Tod als **Teilhabe** an Auferstehung/ ewigem Leben
- **Islam:** Gott ist der Herr über Leben und Tod  
⇒ Tod bedeutet die **Heimkehr** zu Gott
- **Judentum:** Hohe Wertschätzung des Lebens  
⇒ Tod ist **nicht gut**, kann nur im Vertrauen auf Gott angenommen werden
- **Buddhismus:** Tod als Schlüssel zur **Befreiung** und als **Lehrmeister** der Menschen, der Wesen des Lebens wie Spiegel sichtbar macht
- **Hinduismus:** **Geistiges Prinzip** im Menschen ist jenseits von Geburt und Tod.  
⇒ Ätman als „wahres Selbst“ des Menschen hat keinen Bezug zum vergänglichen Leben

## Interkulturelle Aspekte - STERBEN

### Kommunikation über bevorstehenden Tod

- **Ethik:** Dem Kranken sollte infauste Prognose grundsätzlich nicht vorenthalten werden (NB: Japan unerwünscht, unüblich!)
- **Christentum:** Grundsätzlich eher autonome Sicht!
- **Islam:** Vorbereitung auf Tod wichtig, aber Verheimlichung einer schlechten Prognose kann auch positiv gesehen werden, da „Angst vor dem Tod bis ans Lebensende erspart bleibt“
- **Judentum** Schwerkranken Menschen erst spät mit Information konfrontieren ⇒ nicht Hoffnung/ Lebenskraft frühzeitig zu zerstören
- **Buddhismus:** Mitteilung so früh wie möglich, weil Vorbereitung auf Tod und bewusstes Sterben zentrale Bedeutung

## Interkulturelle Aspekte – „THERAPIEBEGRENZUNGEN“

### Grundsätzlich

- **In vielen Kulturen:**  
Grundsätzliche Frage, ob Entscheidung des betroffenen Menschen zulässig
- Religiöse Überzeugung setzt Autonomieprinzip oft starke Grenzen
- Willenserklärungen in den meisten Kulturen unüblich
- Große Bedeutung nächster Angehöriger bei Entscheidungen (Problem der Einflussnahme)

## Interkulturelle Aspekte – „THERAPIEBEGRENZUNGEN“

- **Westliche Sicht:**
  - Autonome, individuelle Entscheidung
- **Islam**
  - Verschiebung des Todes um jeden Preis wenig sinnvoll, da irdisches Leben nur „vorläufig“
  - Theolog. Positionen zum Therapieverzicht uneinheitlich:  
Pflicht vs. „empfohlen“ vs „frei gestellt“, aber  
KEIN Recht auf Sterben! : Sterbehilfe verboten!

## Interkulturelle Aspekte – „THERAPIEBEGRENZUNGEN“

### □ Judentum

- **Orthodoxes/konservatives Judentum:**  
Behandlungsabbruch nur, wenn Tod unmittelbar bevorsteht („wahrscheinlich binnen 3 Tagen“)  
Zu „fortschrittlich“: Ablehnung lebenserhaltender Technik, wenn Kranker ohne diese nicht weiterleben könnte
- Verlängerung des Lebens im Todeskampf nicht geboten
- Unterschiede zw. *direkter* Behandlung der terminalen Krankheit, kann abgebrochen werden (z. B. eine Chemotherapie, Dialyse etc.) und „*natürlicher*“ Behandlung (Nahrung, Flüssigkeit, Sauerstoff)
- Sterbehilfe verboten!

Illustration: Fortschrittli. Rabbiner 1976: Hirntod möglich  
Zugleich: Aktives Abschalten des Respirators untersagt.  
„Wenn O2-Behälter getauscht werden müssen, sollte man 15 Minuten warten = lange genug zur Feststellung, ob Patient alleine atmen kann. Wenn nein, brauche man den Apparat nicht wieder anzuschließen.“ (Ablehnung Orthodoxe Halacha-Experten)

## Interkulturelle Aspekte – „THERAPIEBEGRENZUNGEN“

- **Buddhistisch geprägte Kulturen:** Verschiedene Ansichten
  - Thailand (Theravāda-Buddh.): weitgehend abgelehnt
  - Tibetisch-buddh. Lehrer Sogyal Rinpoche (Westen):  
Lebensverlängerung/Wiederbelebung verzögern Todesprozess  
⇒ Störung/Belästigung ⇒ Gefahr unnötigen Festhaltens, Ärger, Frustration!
  - Verzicht im Endstadium einer unheilbaren Krankheit statthaft
  - Abbruch: Nähe zur aktiven Sterbehilfe problematisch, daher nur auf intensivmed. Maßnahmen beschränkt.
- **Indische Hindu-Gesellschaft**
  - Künstlich aufrecht erhaltenes Leben = Widerspruch zum Ideal des friedvollen Sterbens  
⇒ Beginn lebenserhaltender Maßnahmen gut überlegen, da **Abbruch problematisch!**
  - Sterbe-Fasten in Hindu-Traditionen evtl. legitime Form des selbst gewählten Todes (in Indien verpönt, aber teilw. praktiziert und ärztlich begleitet!)

## Interkulturelle Aspekte - TODESVERSTÄNDNIS

### Christentum: Hirntod

(seit 2012 durch Dt. Nat. Ethikrat allerdings neue Diskussion angestoßen!)

### Islam: Hirntod grundsätzlich möglich, da

Tod als endgültige Trennung von Leib und Seele (ruh)

⇒ ABER: Vielfalt der Lehre:

- Beweis: Erkalten des Körpers – daher für etliche mod. Gelehrte nicht akzeptabel.
- Kuwaitisches Religionsministerium: 1981: „Es ist nicht möglich, diese Person aufgrund des Hirntodes als tot zu betrachten, wenn in seinem Kreislauf- und Atmungsapparat Leben ist, wenn auch apparativ.“

### Judentum: Tod als das Aufhören von Atmen (Halacha)

⇒ Hirntod weitgehend abgelehnt (vgl. Progressive 1976)

⇒ eigentlich keine allgemein verbindliche Definition des Todeszeitpunkts

### Buddhismus: Todeszeitpunkt: nicht eindeutig definierbar; Trennung des Geistes vom Körper benötigt Zeit – bis 3 Tage. (Daher auch nicht Herzstillstand / Hirntod!)

## Interkulturelle Aspekte auf der ICU



## Therapieziel-Therapiezieländerung

In Zweifelsfällen, bei Unklarheiten...

**Ethikberatung!**

## Ethische Entscheidungen

### Sterben

...ist der letzte Abschnitt des Lebens eines Menschen

⇕⇕⇕⇕

**Leben braucht**

**Lebensqualität**



### Ethische Entscheidungen

**Therapiezieländerungen auf der Intensivstation**  
Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation

**DNR:** Do Not Resuscitate (mechanisch, medikamentös, elektrisch)

**DNE:** Do Not Escalate (Katecholamine, Intubation, Hämofiltration....)

**RID:** Reevaluate Indication and Deescalate (Laufende Massnahmen werden beendet)

**CTC:** Comfort Terminal Care (ausschliesslich symptomorientierte Therapie)

Anaesthesiol.Intensivmed.Notfallmed.Schmerzth.,2013 Apr; 48(4):216-23

IMEG 49

### Therapieziel-Therapiezieländerung

**CTC – Comfort Terminal Care**

Geändertes Grundverständnis  
Erkenntnis einer wesentlichen ärztlichen Aufgabe:

„Wenn weitere Therapie nicht mehr helfen kann, den Tod so ermöglichen/gestalten, dass er emotionalen/spirituellen/sozialen Bedürfnissen des kranken Menschen entspricht.“

IMEG 50

### Therapieziel-Therapiezieländerung

**Nicht-Schadensprinzip**

„Wer leidet, sucht sein Leid anderen mitzuteilen ... sei es durch Misshandlung, sei es dadurch, dass er ihr Mitleid hervorruft, um es so zu vermindern und derart vermindert er es in der Tat. Wer ganz unten ist, wen niemand bedauert, wer über niemand Gewalt hat, den er misshandeln könnte ... wer es nicht mitteilen kann, bei dem bleibt das Leid in ihm und vergiftet ihn.“

Simone Adolphine Weil (\* 3. 2.1909 in Paris; † 24.8.1943 Ashford, GB)  
Französisch-Philosophin, Schriftstellerin

(Schwerkraft und Gnade, München 1981(3),13f)

IMEG 51

### Therapieziel-Therapiezieländerung

**Spiritualität und Lebensendlichkeit**

- **Mittelbare Therapieziele:**
  - Weite ↕ ↕
  - „in Blickweite“ (analog zu Hoffnungsaspekt!)
- **Lebensqualität:**
  - Physische (& psych.?) Dimension ↕ ↕
  - Soziale Dimension?
- **Spirituelle Dimension - Transzendent**
  - „Übersinn“: „Menschen bis zum Fenster zur Transzendenz begleiten“ (V.Frankl)

IMEG 52

### Therapieziel-Therapiezieländerung

**Spiritualität und Lebensendlichkeit**

- **Lebensqualität:**
  - **Spirituelle Dimension – (säkulare) Sinnfrage**
    - Blick auf zurückliegendes Leben „verdichtet“

Missglücktes? Zerbrochenes?  
Ungeschehenes? Versäumtes?  
„Last des Verlebten/Ungelebten“  
⇒ Σ Erschwernis? Sinnlosigkeit?

„Geglücktes“, „Gelungenes“  
(überraschend) „alltäglich“?!  
Beharrlichkeit!  
⇒ Positive Emotionen  
⇒ Hebung der LQ!!!  
⇒ **Bedingte Gesundheit** ⤴ ⤵ ⇒

IMEG 53

### Therapieziel-Therapiezieländerung

**Spiritualität und Lebensendlichkeit**

- **Bedingte Gesundheit:**  
„Bedingt gesundes Versterben“

„ Die letzte und vielleicht schwierigste Lebensaufgabe besteht darin, das zurückliegende Leben als Ganzes anzunehmen und als Angenommenes loszulassen“  
(G.Virt)

IMEG 54

## Ethische Entscheidungen

---

„Wo Hoffnungslosigkeit oder Hilflosigkeit das Ergebnis sind,  
ist die Therapie nicht gelungen.  
Selbst wenn die Krankheit an sich optimal medizinisch betreut  
worden ist.

Umgekehrt erweist sich eine **Therapie dann als begnadet**,  
wenn sie den **Zugang zu einem Sinnverständnis**  
auch noch im Leiden eröffnet,  
selbst dann, wenn die Krankheit an sich inkurabel sein sollte“

Elisabeth Lukas,  
Gesinnung und Gesundheit; Herder Spektrum Band 4172, 2. Aufl., 1993, S.160

IMEG

55

## Therapieziel-Therapiezieländerung

---

Heilkunst im 21. Jahrhundert

„Das gute Beispiel  
ist nicht **eine** Möglichkeit,  
andere Menschen zu beeinflussen-  
Es ist die **einzigste!**“

Albert Schweitzer

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit !**

IMEG

56

IMEG

 MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT WIEN

## Fortbildungs-Workshop

---

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

[www.medethik.at](http://www.medethik.at)

Univ. Lektor Dr. Michael Peintinger  
Institut f. Medizinethik & Ethik im Gesundheitswesen